

FORMULAR H6

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

în calitate de persoană cu dizabilități reprezentant al persoanei cu dizabilități

domiciliat/ă în Județ/sector

Oras(comună)

strada numărul bloc scara ... etaj ap. ...

Legitimat cu B.I. C.I. C.I.P. Pașaport Seria Numărul

Grav (1)

Conform certificatului nr. din data

Accentuat (2)

Încadrat în gradul

Mediu (3)

emis de

Comisia pentru Protecția Copilului

Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap
AdulțiComisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu
Handicap Adulți

vă rog să aprobați reordonanțarea drepturilor bănești pentru gradul de handicap aferente
lunii (lunilor)

.....
deoarece din motive personale nu am avut posibilitatea de a intra în posesia acestora.

! Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează.

Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit.

*** Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de DGASPC S4, în conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, Cod Înregistrare nr.6316/2007, în vederea soluționării cererii.

Semnătura

Pot fi contactat/ă la
telefon

Data